

**BANDO PER L'EROGAZIONE DI VOUCHER SOCIALI DI GRUPPO**  
**PROGETTI DI CUI AL FONDO PER L'INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ –**  
**LEGGE REGIONE LOMBARDIA 21 MAGGIO 2021, N. 69**  
**PROGETTO “APRITI SESAMO”**  
**ANNI GIUGNO 2023- DICEMBRE 2025**

Il sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di diretto interessato

OVVERO

In qualità di:

tutore;  curatore;  amministratore di sostegno (allegare decreto / sentenza di nomina);

coniuge;  figlio;  genitore;  altro parente (specificare) \_\_\_\_\_

DATI DEL BENEFICIARIO

Del/la sig./ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Indicare eventuale domicilio se diverso dalla residenza: \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Medico di Base \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Invalidità \_\_\_\_\_%  con accompagnamento  senza accompagnamento;

Certificazione L. 104 (indicare esito: articolo e comma) \_\_\_\_\_

Esenzione ticket \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CAREGIVER di riferimento:**

1) Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapiti (tel e email) \_\_\_\_\_

2) Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapiti (tel e email) \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

l'erogazione del seguente voucher sociale di gruppo

A PARTIRE DAL MESE DI MAGGIO 2025

**IL VOUCHER DI GRUPPO VIENE ATTIVATO** solo in seguito a valutazione multidimensionale e a stesura di un progetto di gruppo relativo a ciascun contesto sportivo/ricreativo individuato. Al termine della valutazione multidimensionale verrà stilata una graduatoria.

**ATTIVITA' INDIVIDUATE barrare l'attività a cui si è interessati (possibilità di più opzioni)**

**CORSO DI KAYAK**

FASCIA SECONDARIA DI PRIMO GRADO E SECONDARIA DI SECONDO GRADO

2 voucher = 2 educatori x 4 ragazzi

**5 incontri di avvicinamento al kayak con istruttori esperti pronti ad avvicinarci al lago da un'altra prospettiva; da sabato 28/06 a sabato 26 /07**

Orario dalle 9,30 alle 12.00. Il tempo prevede: accoglienza e sistemazione, dalle 10.00 alle 11.00 corso e poi merenda e ricongiungimento per le ore 12.00.

È importante che i ragazzi che si iscrivono non abbiano paura dell'acqua!

### POMERIGGI D'ESTATE

#### "POMERIGGI RICREATIVI PRESSO LA PISCINA OLIMPIC" FASCIA PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO

2 voucher = 2 educatori x 4 bambini/ragazzi

Voucher: n. 8 incontri il martedì ed il giovedì pomeriggio presso la piscina Olympic di Villongo a partire da martedì 29/07

Orario dalle 14.00 alle 18.00.

I pomeriggi d'estate hanno l'obiettivo di creare occasioni di socializzazione in contesto aperto coniugando il divertimento con l'acquisizione e/o il potenziamento di quelle competenze di base per poter vivere serenamente questo contesto.

### FISCHIETTANDO IN BICICLETTA

#### FASCIA dalla IV PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO

Voucher = 1 educatore x 2 ragazzi

Voucher: 8 incontri di avvicinamento o perfezionamento all'uso della Bicicletta con istruttori esperti; da venerdì 30/05 al 11/07 dalle 16.30 alle 18,30

Orario dalle 16.30 alle 18,30 Il tempo prevede : accoglienza e merenda, dalle 17.00 alle 18.00 corso e poi sistemazione e ricongiungimento per le ore 18.30.

Se si ha la bicicletta la si può portare , in caso contrario verrà fornita dall'associazione ciclistica

### DICHIARA

- di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.

Luogo e data ..... Firma .....

La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova impossibilitato a firmare, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o da altro parente.

In assenza di parenti la dichiarazione può essere resa, secondo le modalità indicate, dalla persona che svolge funzioni di cura e che garantisce l'assistenza al soggetto interessato.

Cognome e nome..... grado di parentela o relazione con l'interessato .....  
comune di residenza .....

Luogo e data, ..... Firma .....

ALLEGATI ALLA DOMANDA:

1. INFORMATIVA PRIVACY SOTTOSCRITTA (modulo che verrà sottoposto dal Comune, anche successivamente all'inoltro della domanda);
2. VERBALE INVALIDITA' E LEGGE 104;
3. COPIA CARTA IDENTITA' DEL DICHIARANTE.

**NB: Non si accettano domande parzialmente compilate e non complete della documentazione per gli allegati 2 e 3.**